

Н.М. АМИРАЛИЕВ, А.Т. ИСКЕНДЕРОВА

РОЛЬ ШЕЙНОЙ ДИСЕКЦИИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ МЕТАСТАЗОВ РАКА ГОРТАНИ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ

Онколог. клиника Азербайджан. мед. ун-та. Баку, Азербайджан

В судьбе больных раком гортани значительную роль играют метастазы в регионарные лимфоузлы, которые наблюдаются у 35-60% из них и являются важным прогностическим фактором [1, 2].

В основном, на частоту регионарного метастазирования при раке гортани влияют локализация опухоли в вестибулярном отделе, распространенность новообразований T₃-T₄, эндофитная и смешанная форма их роста, наличие низкодифференцированных и ДНК анеуплоидных опухолей [1, 3-5].

Проблема воздействия на зоны метастазирования в регионарные лимфоузлы при раке гортани включает два вопроса:

- лечебные мероприятия по поводу клинически определяемых метастазов;
- профилактическое воздействие на эти зоны.

Наибольшие дискуссии вызывает профилактическое воздействие на зоны регионарного метастазирования при клинически неопределяемых метастазах в регионарные лимфоузлы. Альтернативным подходом к решению этой проблемы является динамическое наблюдение или профилактическое лечение (элективное облучение или профилактическая шейная диссекция).

Данные литературы и наш собственный опыт подтверждает высокую эффективность хирургической профилактики метастазирования в регионарные лимфоузлы у больных раком гортани [3, 5-7]. В то же время в литературе нет однозначного мнения по поводу объема шейной диссекции. С другой стороны, вмешательство на лимфатических путях шеи носит самые различные названия и имеет, в соответствии с этим, разный характер. Кроме того, не уточняются показания к дополнительным лечебным мероприятиям после операции.

Следовательно, проведенные работы не исчерпывают все аспекты данной проблемы, и исследования в этом направлении продолжаются.

За период с 1995 по 2009 г. в онкологической клинике АМУ хирургическая профилактика регионарного метастазирования проведена у 152 больных раком гортани. Из них распространенность поражения T₂N₀M₀ установлена у 16 (11,5%), T₃N₀M₀ – у 115 (75,7%), T₄N₀M₀ – у 21 (13,8%). Плоскоклеточный рак с ороговением диагностирован у 124 (81,6%) пациентов, без ороговения – у 28 (18,04%). По форме роста экзофитная опухоль имела место у 10 (6,6%) обследованных, инфильтративная – у 78 (51,3%), смешанная – у 64 (42,1%). Исходная локализация новообразования была в преддверии гортани у 98 (64,5%) лиц, в собственном голосовом аппарате – у 44 (28,9%), в подголосовой полости – у 2 (1,3%). В 8 (5,3%) наблюдениях не удалось установить исходную локализацию опухоли из-за ее распространенности и инфильтративного роста.

Хирургическое вмешательство у 152 больных заключалось в одномоментной радикальной операции на гортани и шейной диссекции.

Руководствуясь современной классификацией шейной диссекции на основе шести уровней регионарного метастазирования, разработанной Американской академией оториноларингологии и хирургии головы и шеи в 1991 г., были выполнены различные её варианты. Среди 152 пациентов селективная шейная диссекция произведена на стороне наибольшего поражения гортани у 134, с обеих сторон – у 18. Показанием к двусторонней шейной диссекции было среднее расположение первичной опухоли

или переход ее на другую половину гортани. Распределение больных по вариантам селективной шейной диссекции было следующим: боковая односторонняя – у 80 (52,6%), двусторонняя – у 18 (11,9%); верх-

небоковой (I-IV) у 23 (15,1%); заднебоковая (II-IV) – у 21 (13,8%); переднебоковая (II-IV+VI) – у 10 (6,6%). В результате выполнения операции такого объема получены следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1

Эффективность шейной диссекции у больных раком гортани

Стадия заболевания до операции	Число больных	Состояние регионарных узлов после операции					
		PN ₀		PN ₁		PN ₂	
		число больных					
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
T ₂ N ₀ M ₀	16	13	81,3	3	18,7	-	-
T ₃ N ₀ M ₀	115	86	74,9	28	25,2	1	
T ₄ N ₀ M ₀	21	13	61,9	6	38,1	2	
Всего	152	112	73,7	37	26,3	3	

Таким образом, у 40 (26,3%) из 152 пациентов без использования серийных срезов были выявлены микрометастазы в удаленной клетчатке шеи, при этом в тех случаях, когда производилась двусторонняя шейная диссекция, микрометастазы обнаружены с обеих сторон у 3 (16,7%) из 18 оперированных. Эти показатели позволяют говорить о необходимости хирургической профилактики регионарного метастазирования у такого контингента больных.

Распределение 40 обследованных лиц по уровню обнаруженных микрометастазов было таким: II-IV – у 38 (88,4%), I-IV – нет, II-V – у 1 (2,3%), II-IV+VI – у 4 (9,3%).

Таким образом, микрометастазы определялись у 88,4% больных в II-IV зонах метастазирования. Полученные данные позволяют утверждать, что адекватным является боковой вариант селективной шейной диссекции.

Определенный интерес представляют пациенты (40 наблюдений), у которых в удаленной клетчатке шеи обнаружены метастазы. Послеоперационная распространенность у них опухолевого процесса расценена как T₂N₁M₀ – у 3 (18,7%), pT₃N₁₋₂M₀

– у 29 (25,2%) и pT₄N₁₋₂M₀ – у 8 (38,4%). По сути, профилактическая операция на шее для них оказалась лечебной, поэтому проблема целесообразности послеоперационного лучевого воздействия остается нерешенной.

У 16 больных из 40 было принято решение провести послеоперационное облучение в СОД – 45-50 Гр. Результаты лечения этой группы пациентов представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, трехлетняя выживаемость после хирургического и комбинированного методов лечения составила, соответственно, 79,2±8,2% и 81,3±6,0% (p>0,05), а частота возникновения контралатеральных метастазов была почти одинакова – 20,8% и 18,6%. Эти сведения показывают, что элективное облучение регионарных зон не оказало влияния на отдельные результаты лечения.

Данные терапии, проведенной у больных без метастазов в удаленной клетчатке шеи, свидетельствуют о том, что общая трехлетняя выживаемость составляет – 82,1±9,7%, а частота развития контралатеральных метастазов – 8,9% (табл. 3).

Таблица 2

Трехлетняя выживаемость больных раком гортани с выявленными после операции метастазами в лимфатические узлы шеи в зависимости от метода лечения

Метод лечения	Число больных, всего	Результаты лечения				
		живы, без рецидива и метастазов	рецидив	контралатеральные метастазы	отдаленные метастазы	3-летняя выживаемость
		число больных				
Хирургический	24	17 70,8%	1 4,2%	5 20,8%	1 4,2%	19 79,3±8,2%
Комбинированный	16	11 68,8%	1 6,3%	3 18,6%	1 6,3%	13 81,3±6,0%
Всего	40	28 70,0%	2 5,0%	20,0%	2 5,0%	80,0±8,2%

Таблица 3

Результаты лечения больных без метастазов в удаленной клетчатке шеи

Стадия опухоли	Число больных, всего	Результаты лечения				
		живы без рецидива и метастазов	рецидив	контралатеральные метастазы	отдаленные метастазы	3-летняя выживаемость
		число больных				
pT ₂ N ₀ M ₀	13	11	1	1	-	12 (92,3%)
pT ₃ N ₀ M ₀	86	70	3	7	6	71 (82,6%)
pT ₄ N ₀ M ₀	13	8	2	2	1	9 (69,2%)
Всего	112	89 (79,5%)	6 (5,4%)	10 (8,9%)	7 (6,2%)	92 (82,1±9,7%)

Доказано, что использованный боковой вариант селективной шейной диссекции (II-IV), с онкологической позиции, оказался вполне достаточным.

Как уже отмечено, в группе пациентов с pN₀ и pN⁺ контралатеральные метастазы выявлены в 8,9 и 20,0% случаев, соответственно. Полученные результаты еще раз подтверждают целесообразность осуществления хирургической профилактики регионарного метастазирования при оперативном лечении больных раком гортани.

Трехлетняя выживаемость в анализируемых группах оказалась высокой, и составляла 82,1±9,7% при pT₂₋₄N₀M₀ и 80,0±8,2% при pT₂₋₄N₁M₀ (p>0,05), что еще раз свидетельствует об эффективности бокового варианта профилактической шейной диссекции.

Выводы

1. Шейная диссекция является высокоэффективным методом профилактики регионарного метастазирования у больных раком гортани.

2. Профилактическая шейная диссекция при хирургическом вмешательстве у больных раком гортани T₂₋₄N₀M₀ позволяет получить высокие отдаленные результаты.

3. Адекватным вариантом при N₀ является боковой вариант селективной шейной диссекции.

4. У пациентов с обнаруженными микрометастазами на шее послеоперационная лучевая терапия не влияет на результаты лечения, поэтому она не показана.

5. Показанием к двусторонней профилактической шейной диссекции является среднее расположение местно-распространенного рака вестибулярного отдела гортани.

1. Амралиев Н.М. К выработке рациональной тактики лечения при стенозирующем раке гортани // Журн. экспериментальной и клинической медицины. – Тбилиси, 2000. – №3. – С. 72-76.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 2000. – 480 с.
3. Callo O., Fini-Storchi I., Napolitano L. Treatment of the contralateral negative neck supraglottic cancer patients with unilateral node metastases (N₁₋₃) // Head neck. – 2000; 22: 386-92.
4. Espolito E., Motia S., Cassiano B., et al. Occult lymph node metastases in supraglottic cancers of the larynx // Otol. Head Neck Surg. – 2001; 12 r (3): 253-7.
5. Lutz C., Johnson J., Wanger R. et al. Supraglottic carcinoma: patterns of recurrence // Otol. Rhinol. Laryngol. – 1990; 99: 12-7.
6. Shah Y. Head and neck surgery. – CD, St. Louis: Mosby, 1997.
7. Wierzbicka M., Szyfter W., Kaczmarek J., Szmeja Z. Effect of ultrasonography on postoperative changes in treatment of neck lymph nodes and improvement of long term results in patient with laryngeal neoplasma // Otolaryngol. Pol. – 2002. – Vol 56, №1. – P. 31-38.

Поступила в редакцию 09.03.10.

© Н.М. Амралиев, А.Т. Искендерова, 2010

РОЛЬ ШИЙНОЇ ДИСЕКЦІЇ ПРИ ПРОФІЛАКТИЦІ МЕТАСТАЗІВ РАКА ГОРТАНІ У РЕГІОНАРНІ ЛІМФОВУЗЛИ

*Амралиєв Н.М., Іскендерова А.Т.
(Баку, Азербайджан)*

Резюме

Хірургічна профілактика регіонарного метастазування проведена у 152 хворих на рак гортані T₂₋₄N₀M₀. Керуючись сучасною класифікацією шийної дисекції на основі шести рівнів регіонарного метастазування, розробленою Американською академією оториноларингології та хірургії голови і шиї в 1991 р., були виконані різні варіанти селективної шийної дисекції. В 40 (26,3%) із 152 випадків без застосування серійних зрізів виявлено мікрометастази у видаленій клітковині шиї. Мікрометастази знайдено у 38 (88,4%) пацієнтів в II-IV зонах метастазування. Трирічне виживання складає 82,1±9,7% при pT₂₋₄N₀M₀ і 80,0±8,2% при pT₂₋₄N₁M₀ (P>0,05). Отримані дані дозволяють говорити про необхідність хірургічної профілактики регіонарного метастазування у даного контингенту хворих. Доведено, що застосований бічний варіант селективної шийної дисекції (II-IV) є найбільш адекватним.

ROLE TO PREVENTIVE NECK DISSECTION THROAT CANCER METASTASIS IN REGIONAL LYMPH NODES

*Amiraliyev NM, Iskenderova SA
(Baku, Azerbaijan)*

Resumé

Surgical prevention of metastasis in regional lymph nodes conducted in 152 patients with laryngeal cancer T₂₋₄N₀M₀. Following the modern classification of neck dissection on the basis of six levels of regional metastasis, developed by the American Academy of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery in 1991, various options were performed selective neck dissection. In 40 (26.3%) of 152 cases without the use of serial sections revealed mikrometastasis deleted in the fiber neck. Mickrometastasis found in 38 (88.4%) patients in II-IV areas metastasis. Three-year survival is 82,1 ± 9,7% at rT₂₋₄N₀M₀ and 80,0 ± 8,2% in pT₂₋₄N₁M₀ (P> 0,05). These data speak about the need for surgical prophylaxis of regional metastasis in this population of patients. Proved that the use of selective lateral neck dissection option (II-IV) is the most adequate.